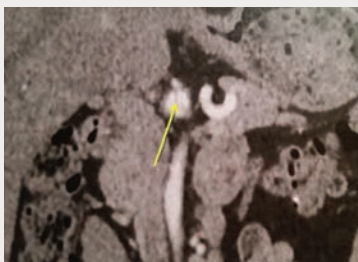
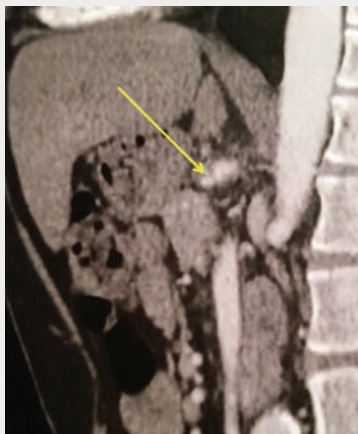
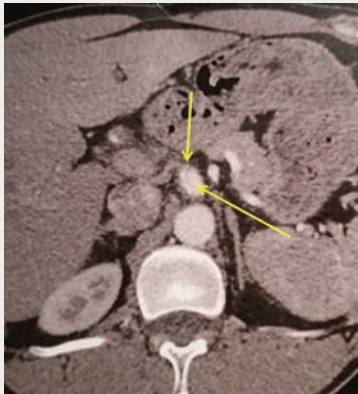


VOS IMAGES



Dissection spontanée du tronc cœliaque

Ce marin de 47 ans, sans antécédent particulier, sportif, consultait en urgence pour des douleurs spontanées épigastriques violentes et permanentes, survenues en milieu de nuit, ne cédant pas sous traitement antalgique simple. Il n'avait ni fièvre, ni pyrosis, ni nausées ni vomissements. A l'examen on ne notait qu'une sensibilité à la palpation épigastrique. Les premiers examens complémentaires ne montraient pas de syndrome infectieux ni inflammatoire et il n'y avait pas d'argument pour une origine cardiaque ou pancréatique. La fibroscopie œsogastroduodénale ne révélait qu'une discrète bulboduodénite pétéchiale n'expliquant pas la douleur ressentie. La tomodensitométrie (TDM) abdominale permettait enfin le diagnostic de dissection spontanée du tronc cœliaque, étendue à l'artère hépatique moyenne, sans complication des vascularisations hépatique et portale. Le patient a été traité par antiagrégants plaquettaires et anticoagulants.

La dissection spontanée du tronc cœliaque est une pathologie rare, moins de 100 cas décrit depuis 1947. Ce diagnostic est aujourd'hui plus fréquent, du fait des indications très larges de la TDM, dans l'exploration des syndromes abdominaux aigus. La dissection spontanée du tronc cœliaque semble survenir pour 80 % des cas, chez des hommes de 40 à 70 ans. Son pronostic repose sur la présence ou non de complications ischémiques ou de rupture artérielle. Quelques causes ont été trouvées, comme l'artériosclérose, les traumatismes abdominaux, l'hypertension artérielle, la dysplasie fibromusculaire ou encore les maladies

de Marfan ou d'Ehlers-Danlos. Il n'y a pas de réel consensus thérapeutique. En l'absence de complication et de risque vital, le traitement est médical et conservateur, à l'image de la prise en charge des dissections des artères carotides. Un antiagrégant complète souvent le traitement. Un suivi strict clinique et radiologique doit être prévu. En cas d'échec du traitement médical ou en présence de complications, un traitement chirurgical est proposé. Le traitement endovasculaire doit être envisagé devant des lésions peu étendues si l'anatomie est compatible avec la pose d'une endoprothèse.

MAXIME AGOUSTY*,
**, JEAN-FRANÇOIS
LOUIS**

* Patrouilleur austral
« Albatros », **
Service médical,
Base navale Ports
les Galets, 97434
Le Port, La Réunion,
France.
maxagousty@gmail.com

Les auteurs
déclarent n'avoir
aucun lien d'intérêts.

RÉFÉRENCES

1. Zhang WW, Killeen JD, Chiriano J, et al. Traitement des dissections spontanées : symptomatiques isolées des artères digestives, l'intervention en urgence est elle nécessaire ? Ann Chir Vasc 2009;23:97-101.
2. Woolard JD, Ammar AD. Spontaneous dissection of the celiac artery. J Vasc Surg 2007;45:1256-8.
3. Amabile P, Ouassini M, Cohen S, Piquet P. Dissection spontanée et isolée des artères digestives : place du traitement conservateur. Ann Chir Vasc 2009;23:800-6.
4. Zainoun B, Geoffroy Y, Weber-Donat G, et al. Une cause rare de douleur épigastrique : la dissection spontanée isolée du tronc cœliaque, à propos d'un cas. J Mal Vasc 2009;34:275-8.